

Title	身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス
Author(s)	江口, 恭子; 前田, 祐子; 久保田, 正和; 木下, 彩栄
Citation	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 : 健康科学 : health science (2012), 7: 23-28
Issue Date	2012-03-31
URL	http://dx.doi.org/10.14989/155984
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

原 著

身体合併症で入院した認知症高齢者への 一般病院におけるケアのプロセス

江口 恭子*, 前田 祐子**, 久保田 正和**, 木下 彩栄**

Processes Involved in Nursing Care for Elderly Dementia Patients with
Physical Complications Admitted to General Hospitals

Kyoko EGUCHI*, Yuko MAEDA**, Masakazu KUBOTA** and Ayae KINOSHITA**

Abstract: Along with an increasing number of elderly people with dementia, many of them enter general hospitals due to physical complications. In this study, we interviewed 11 nurses who work at a general hospital ward to clarify and examine the process of care provided for elderly people with dementia who were hospitalized due to physical complications. As a result of our analysis of the interviews, we identified a “process leading to efforts to improve nursing”. This process was comprised of the following five categories: [composure], [experience and sense of care], [guess], [catering to the needs of patients], [awareness], and [efforts to improve nursing]. We observed that nurses with [composure] and [experience and sense of care] were able to [guess] the feelings of patients with dementia and [cater to the needs of patients]. The [awareness] of receiving and interpreting patients’ verbal and nonverbal messages acquired while [catering to the needs of patients] led to [efforts to improve nursing], and if it caused favorable changes to patients with dementia, it led to further [awareness] and [composure]. Thus, the results indicated the importance of communication based on [awareness] for the care provided at general hospitals to elderly people with dementia who were hospitalized due to physical complications.

Key words: Dementia Care, General Hospitals

はじめに

わが国では世界でも類をみないほどのスピードで高齢化が進んでおり、平成22年国勢調査では65歳以上人口は23.1%と超高齢社会の中にある¹⁾。2003年の厚生労働省の推計によれば介護の必要な認知症高齢者の数は2030年には353万人にのぼるとされている²⁾。また、朝田により行われた7地域での疫学的調査では、65歳以上における認知症の有病率は12.4%から19.6%と推計されており^{3),4)}、65歳以上の10人に1人以上が認知症の可能性がある現在、認知症高齢者が身体合併症により病院を受診することも多いと予想される。身体合併症は認知機能の低下を招き、認知症による行動心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 以下、BPSD とする) を悪化させる^{5),6)}。身体合

併症を発症した認知症高齢者は、不快な症状というストレスに適切に対処できないために不安や混乱に陥り、さらに BPSD が悪化し⁷⁾、適切な医療が受けられないこともある。こうした身体合併症治療を含めた認知症に対する諸々の問題に対応するため、厚労省では2008年に「認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト」を立ち上げた。同年8月に出された報告書においても身体疾患に対する治療が課題に挙げられている⁸⁾。国は150か所の認知症疾患治療センターの整備を進め、対応していくとしているが、平成22年3月現在で66か所にとどまっており⁹⁾、増加し続ける認知症高齢者の医療はとうてい賄えない。このような現状から、一般病院も認知症高齢者の BPSD 対応力の強化が求められている。

山下らの研究では、一般病院では身体合併症治療を受ける認知症高齢者への対応について「治療や看護の工夫」が行われる頻度は少なく、ケアの見直しとノウハウの蓄積が必要であるとしている¹⁰⁾。また、酒井らの実施した整形外科病棟での調査では、大腿骨頸部骨折で入院した認知症高齢者の治療と看護について、疼痛緩和が十分に行われていない可能性があり、また、身体拘束が認知症群で有意に多く行われていると

* 大阪府立大学看護学部

〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30
School of Nursing, Osaka Prefecture University

** 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

〒606-8507 京都府京都市左京区聖護院川原町53
Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University

受稿日 2011年10月25日

受理日 2012年2月24日

している¹¹⁾。これらは認知症高齢者の身体合併症医療に対する問題を明らかにするのみにとどまっており、その対応やケアプロセスに関しては扱っていない。

長畑らは対象の固有のニーズを把握し、個別的なケア方法を創意工夫しながら実践、評価する一連の流れを看護ケアのプロセスととらえ、介護保険施設において熟練看護師が実践している認知症高齢者への看護ケアプロセスについて個別面接やケア場面の観察を分析している。その結果、介護保健施設におけるケアプロセスには『からだを整えることを通してその人らしさが発揮できるよう支援する看護ケアを探索し続ける』という特徴があると述べている¹²⁾。北島らは対象の心身の状態に対する評価（認識）から対応までをケアのプロセスとし、認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケアプロセスを個別インタビューから明らかにしている¹³⁾。ケアプロセスの中で、対象のニーズや変化が読み取れない場合に、対応の選択に影響を与える要因として「デマンドの探求」「ほかの人の支え」「介護スタッフの人間観」「死にまつわる経験」があり、それらにより「ケアを工夫する」「意識の方向を変える」「現状を割り切る」といった選択をしていると述べている。これらの研究は認知症高齢者に対するケアのプロセスを明らかにしているものの、生活の場である介護保険施設というなじみの関係の中にある比較的落ち着いた状態の認知症高齢者へのケアを扱っており、一般病院という治療を第一義とする環境の中にある認知症高齢者へのケアプロセスとは異なると考えられる。

そこで、本研究では患者のニーズの把握からケアの実践までの過程をケアのプロセスとし、一般病院の病棟看護師へインタビューから身体合併症で入院した認知症高齢者への病棟におけるケアのプロセスを明らかにし、認知症高齢者が安心して当たり前の医療を受けられるケアのあり方を考えることを目的とした。

研究 方 法

1. データ収集期間

2009年3月30日～6月4日

2. 調査対象

近畿地方にある一般病床200床以上の2病院に勤務する病棟看護師11名。調査対象は看護師経験年数5年以上で主任などの役職についていない者を条件とし、研究協力病院の看護部長に紹介を依頼した。

3. データ収集の方法

インタビューガイドを用いた半構成的個別インタビューを行い IC レコーダーにて録音したものをデータとした。インタビューは、認知症患者が身体合併症で入院した事例で印象に残っているものについて、エ

ピソードや実際に行ったケアについて聞いた。

4. 分析方法

Strauss らの提唱するグラウンデッド・セオリー法を用いて質的分析を行った¹⁴⁻²⁰⁾。インタビューを録音したものを逐語録に起こして熟読したのち、データを切片に区切りコード化を行った。コードを見直し、共通する内容を述べているものをカテゴリー化し、関連図を描いた。事例ごとに以上の作業を繰り返し、関連図を統合して結果を得た。コードおよびカテゴリーの妥当性については専門家の指導を受けた。

5. 倫理的配慮

研究協力病院の倫理組織および京都大学医の倫理委員会の承認を得て行った。対象者には事前に研究について書面を用いて説明し、理解と同意を得るとともにインタビューの任意性および匿名性を説明した。データは個人が特定されないよう ID 番号で管理し、音声データおよび文字に起こしたデータは鍵のかかる場所に保管した。

結 果

1. インタビューを行った看護師の概要

対象はすべて女性であり、年齢は26歳から33歳（平均28.4歳）であった。経験年数は6年目から12年目で、7年目と答えたものが5名と最も多かった。診療科は内科・外科混合が5名、内科病棟が4名、外科病棟が2名であった。

2. 認知症高齢者の身体合併症への対応のプロセス

分析の結果、多忙を極める一般病棟にあっても認知

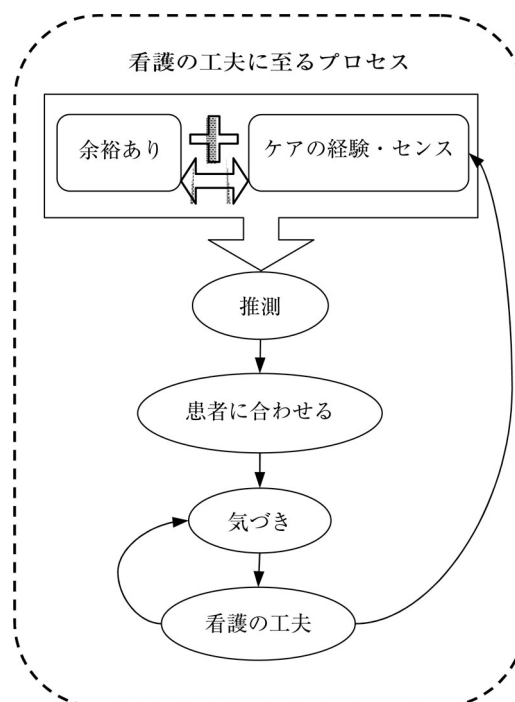


図1 身体合併症で入院した認知症高齢者への病棟におけるケアのプロセス

症患者の個性性を考えた対応をしている「**看護の工夫**に至るプロセス」と、個別性に目を向けず、認知症患者を説明しても理解してくれない存在であると決め付けて、身体拘束などを行う「**ケアの定型化に至るプロセス**」が確認された。今回は「**看護の工夫に至るプロセス**」について詳しく述べていく（図1）。以下、カテゴリーを〔 〕、サブカテゴリーを《 》、それらに属する主なコードを〈 〉生データを“斜体字”で示す。また、生データ中の { } で囲んだ部分は意味を補うために筆者が文脈に沿って追加した語句である。

看護師が認知症高齢者の身体合併症への対応に当たる際、〔余裕あり〕の状況に自身や病棟としての〔ケアの経験・センス〕が加わったときに「**看護の工夫**に

至るプロセス」に乗ることがわかった。このプロセスは〔余裕あり〕〔ケアの経験・センス〕〔推測〕〔患者に合わせる〕〔気づき〕〔看護の工夫〕の6つのカテゴリーから構成されていた。各カテゴリーとサブカテゴリーを表1に示す。

3. カテゴリーの概要

次に、6つのカテゴリーの概要を説明する。

〔余裕あり〕は多忙を極める病棟にありながらも、看護師に時間や心の余裕がある状態である。末梢点滴を看護師が挿入する病院では“点滴を/ 抜いたら、ふふ、「まあ」って言って入れるんですけど、もう一回”と、点滴を患者が抜いてしまう場面について明るく楽しそうに語られていた。患者が治療を中断する行為に

表1 看護の工夫に至るプロセスを構成するカテゴリーおよびサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
余裕あり	立ち止まる余裕あり 医師の協力 看護師にできる処置 用具の使用	立ち止まって考える ドレーンを短く切る 看護師による点滴挿入 用具の使用
ケアの経験・センス	認知症ケアのセンス・スキル 経験からくる余裕 認知症患者が持つ世界の認識 敬う気持ち 倫理的感受性	気にかけている気持ちを伝える 後輩のフォローをする 患者の確立された世界を知る 敬う気持ちを忘れない 患者を尊重する
推 測	患者の気持ちの推測	治療への恐怖 患者のさみしさ 患者の不安
患者に合わせる	患者のペースに合わせる 手探りのケア 思いを伝える 話を聞く 見守る 頻回に訪室 極力抑制をしない そばにいる 家族への配慮 なだめる 距離を置く 反応から反省する	時間の許す限り付き合う 同じ方法が通用しない認知症ケア 患者へ思いを伝える 話だけは聞く ずっと見守る 頻回に訪室 代替策をとる 忙しくても一応そばに行く 家族の負担への配慮 なだめる対応 一歩引いて意思に頼む 相手の反応から言い方を考える
気づき	発見 ケア成功の記憶 和む 癒しの存在 面白み 親しみ その人自身を見る 肯定的にとらえる	ふとした時に戻る患者 経口摂取できた患者 患者の行動に和む 癒してくれる存在としての患者 光って見える認知症患者 用がなくても部屋に行く 自分を覚えてくれた患者 以前の姿を想像する 患者の行動を肯定的にとらえる
看護の工夫	看護の工夫 行動を尊重したケアプラン 言葉遣いや話題の工夫 みんなで対応	自宅に近い環境づくり 患者の行動を尊重するケアプラン 楽しい話で気を紛らわす 担当外でも手伝う

及んでも、このような《看護師による処置》ですむ場合は「余裕あり」の状態を生む。「余裕あり」の状態は手術後、患者自身がルートを抜去する危険を減らす目的で〈ドレーンを短く切る〉といった《医師の理解》ある処置や、離床センサーなどの《用具の使用》からも生み出される。

「認知症ケアの経験・センス」は、《倫理的感受性》や《敬う気持ち》を持って対応したり、《認知症患者が持つ世界の認識》をしつつユーモアを持って関わるといった《認知症ケアのセンス・スキル》を持ち合わせていることである。「「じゃあ、ちょこちょこくるわねー」って「わかったー」って「笑い」と認知症高齢者に声をかけ、〈気にかけている気持ちを伝える〉対応をしながら、《経験からくる余裕》が生まれている様子が語られていた。

「推測」とは〈治療への恐怖〉や〈患者のさみしさ〉、〈患者の不安〉などの《患者の気持ちの推測》をすることである。患者が入院して大声を出すといった行動に直面しても「面会が少なかったりしてっていう人が多かったんで、なんかさみしいのがあるのかなあとか思ったりして」といったように〈患者のさみしさ〉を推測していた。

「患者に合わせる」とは《見守る》《話を聞く》《そばにいる》といったケアを《患者のペースに合わせる》ことをしつつ行うことである。時には「水飲んだらあかんとかそういうあれ「治療上の制限」やったら、なんかよくなってほしいからって、すごいよくなってほしいから頑張ろうみたいな感じで納得してもらおう」といった《思いを伝える》対応や、手術当日に手術室に行くことを拒む患者に「ちょっと一歩引いて、そっとしておいて、先生に直接話してもらおう」といった《距離を置く》ことで患者が落ち着くのを待つ対応も行われていた。また、家族に対しても危険防止のための付き添いを強いることはしない《家族への配慮》も見られた。時には「なんだ頭ごなしに言って！」って言う人がいて、今の言い方悪かったんとかちよっとはて、とを考えてしまうことがあって」と、患者の《反応から反省する》ことをしながら、「いつも同じ方法が通用しないところが「難しいところだ」と《手探りのケア》を模索していた。

「気づき」とは、激しいBPSDがあっても何らかのきっかけにより〈ふとした時に戻る患者〉の姿を《発見》することで、《その人自身を見る》スキルを身に付け、認知症患者の行動を《肯定的にとらえる》ようになることである。「気づき」の経験をした看護師は、《親しみ》のこもる対応をしたり、認知症患者を《和む》、《癒しの存在》として積極的にコミュニケーションをとるようになっていた。暴力をふるう認知症患者に直面した際、「どんなに（中略）叩いてきても、前

はこんな人じゃなかったやろうなとかっていう風に考えて」と〈以前の姿を想像する〉ことをしながら《その人自身を見る》ことも語られていた。

「看護の工夫」とは、認知症患者の個別性に合わせ、《行動を尊重したケアプラン》を立てたり、《言葉づかいや話題の工夫》などを行うことである。語りの中では「家がベッドじゃなかったりすると、環境の変化をなるべく少なくするために「わざとお座敷「床にマットレスを直に置くこと」にさせてもらう」といった〈自宅に近い環境づくり〉といった対応が行われていた。また、常に見守りが必要な認知症患者に対しては「他の人がみてる時も手伝えることは手伝えたいと思います」と、自分が受け持っていなくても手伝う《みんなで対応》することも語られていた。《言葉づかいや話題の工夫》では「敬語とかでびしっとなしゃべる方が、「認知症患者が」シャキッとするのはかなみなのがあって、わざと、すごい敬語でしゃべる」という対応があった。

考 察

谷口は病棟看護師が認知症高齢者に看護を行う際の困難の構造について、目が離せない認知症の人と遭遇すると見守りの必要性が生じ、通常の看護業務との二重の看護業務となり、看護業務が緊迫化するとしている²¹⁾。この緊迫化した状況の中でも、《医師の理解》ある指示や処置、看護師が末梢点滴を挿入するなどの《看護師にできる処置》の多い職場では、「余裕あり」の状態が生まれ、かつ、看護師に認知症の「ケアの経験・センス」があると「看護の工夫に至るプロセス」に乗っていた。このプロセスでは看護師は認知症患者の気持ちを「推測」し、「患者に合わせる」対応をしていた。「患者に合わせる」対応をしていく中で、認知症患者の意外な一面を発見するなど「気づき」を経験すると、「看護の工夫」を行うことができる。「看護の工夫」によって認知症患者に良い変化が見られるとさらなる「気づき」につながり、その工夫は「ケアの経験・センス」を磨くことにもつながる。また、「看護の工夫」によって認知症患者の状態が落ち着くことは「余裕あり」の状態にもつながる。

このプロセスの中で重要なことは、認知症患者と看護師の間のコミュニケーションであると考えられる。認知症が進むと言語的コミュニケーションが困難となるが²²⁾、コミュニケーションとは人間が互いに意思や感情や情報を伝達しあうことであり、言葉だけでなく表情や身振りでも可能である²³⁾。また、認知症高齢者は認知機能が低下していても感情・情緒は最後まで残されており、他者との温かいコミュニケーションを求めている²⁴⁾。ノートハウスらによると医療の場におけるコミュニケーション（ヘルスコミュニケー

ション)は相互作用であり、人間関係、対人交流および環境に影響され、メッセージの最終的な解釈に大切なのは人間関係だとしている²⁵⁾。特に認知症高齢者は、ケアする側の態度を敏感に感じ取り、鏡のように跳ね返してくる²²⁾。しかし、一般病棟の看護師は認知症ケアに不慣れなことが多いうえ、物理的、精神的に余裕のない状況にあり、さらに認知症高齢者も身体疾患によって普段よりも難しい状態にある。そこで、認知症高齢者とのコミュニケーションが非常に困難となって、認知症高齢者を積極的に受け入れたなくなる認知症高齢者と看護師の悪い相互作用に陥ってしまうこともある⁷⁾。しかし、今回の研究で確認されたプロセスの中にある複数の看護師は、認知症高齢者の身体合併症への対応経験をとても楽しそうに語っており、その中に多数の「気づき」の体験があった。

看護における「気づき」は患者から発せられるメッセージをキャッチすることから落ちているゴミを拾うことまで、そこに存在するものを認識しそれらにかかわっていくことを含めたものとしてとらえられている²⁶⁾。この研究における「気づき」とは「患者から発せられている言語的・非言語的メッセージを看護師が受け止めて解釈できること」であるとする。その解釈の対象はメッセージの内容だけでなくそこに込められた患者の気持ちも含んでいる。また、この「気づき」には何かを《発見》したときのような喜びややりがいの感情を伴う。なぜなら、認知症患者が発するメッセージはバリエーションに富んでおり、受け止めるのも解釈するのも難しい。しかし、課題が困難であるほどうまくいった時の喜びは大きいものであり、認知症患者とのコミュニケーションがうまくいったという「気づき」が看護師にもたらす感情は、その看護師の今後の認知症患者へのイメージや対応を決定づける重要なものになる。看護師に「気づき」の体験ができる環境(時間、人、物の余裕)を提供し、「ケアの経験・センス」が育めるようサポートすることが、認知症高齢者の身体合併症看護を発展させることにつながると考える。これらのサポートには、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、認知症ケア専門士などの資格を持った看護師の活用が有用であるとする。

おわりに

今回の研究で、身体合併症で入院した認知症高齢者への病棟におけるケアのプロセスとして「看護の工夫に至るプロセス」が存在することが明らかになった。このプロセスの中では認知症患者と看護師のコミュニケーションが重要であり、コミュニケーションの前提として看護師が患者から発せられている言語的・非言語的メッセージを受け止めて解釈する「気づき」の経験があることが示唆された。

謝 辞

新型インフルエンザ発生という緊急事態の中、研究実施にご尽力くださった病院の看護部長ならびに快くインタビューに応じて下さった看護師の皆様は心より感謝いたします。

文 献

- 1) 総務省統計局：平成22年国勢調査 抽出速報集計結果(平成23年6月29日公表)，<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm#a02> (参照：2011年9月14日)
- 2) 厚生労働省：高齢者介護研究会報告書 2015年の高齢者介護，<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/> (参照：2011年9月14日)
- 3) 朝田 隆：日本における認知症患者実態把握の現状，医学のあゆみ，2010；235，6：611-616
- 4) 池島千秋，朝田 隆，久永明人，下方浩史，山田達夫，合馬慎二，中島健二，和田健二，山田茂人，渡邊 至，目黒謙一，川室 優，俵木一志，角間辰之，青山淑子，水上勝義，朝田隆：全国認知症有病率調査の結果報告，老年精神医学雑誌 2011；22，増刊-3：116
- 5) Waldemar G, et.al.: Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. EFNS guideline, European Journal of Neurology, 2007；14：e1-e26
- 6) 国際老年精神医学会編：痴呆の行動と心理症状(日本老年精神医学会監訳)，東京：アルタ出版，2005，183
- 7) 諏訪さゆり編：医療依存度の高い認知症高齢者の治療と看護計画，東京：日経研出版，2006，279
- 8) 厚生労働省，認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf> (参照：平成23年9月15日)
- 9) 野崎伸一：認知症疾患医療センターの展望と期待—行政の立場から—，老年精神医学雑誌，2010；21，4：403-411
- 10) 山下真理子，小林敏子，藤本直規，松本一生，古河慶子：一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応，老年精神医学雑誌，2006；17(1)：75-85
- 11) 酒井郁子，吉永勝訓，根本敬子：大腿骨頸部骨折における痴呆性高齢者の治療と看護の実態と課題，諏訪さゆり編，平成15年度老人保健健康増進等事業報告書 利用者中心の継続的痴呆ケアの実践研究「医療依存度の高い痴呆性高齢者ケアのあり方に関する研究」報告書，東京：高齢者痴呆介護研究・研修東京センター，2003：3-36
- 12) 長畑多代，松田宣子：介護保険施設において熟練看護師が実践している認知症高齢者への看護ケアプロセスの特徴，神戸大学医学部保健学科紀要，2008；24：1-15
- 13) 北島洋美，杉澤秀博：認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケアプロセス，社会福祉学，2010；51(1)：39-52
- 14) Uwe Flick：質的研究入門—〈人間科学〉のための方法論(小田博志，春日 常，山本則子，宮地尚子訳)，東京：春秋社，2002
- 15) Immy Holloway, Stephanie Wheeler：ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで(野口美和子監訳)，東京：医学書院，2006
- 16) Anselm Strauss, Juliet Corbin：質的研究の基礎 グラウン

- デッド・セオリー開発の技法と手順（操 華子，森岡崇
 訳），東京：医学書院，2007
- 17) Juliet Corbin, Anselm Strauss: Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory - 3rd ed. California: Sage Publications, 2008
 - 18) 戈木クレイグヒル滋子：質的研究方法ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ，東京：医学書院，2008
 - 19) 戈木クレイグヒル滋子：グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論を生み出すまで，東京：新曜社，2006
 - 20) 戈木クレイグヒル滋子：実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる，東京：新曜社，2008
 - 21) 谷口好美：医療施設で認知症高齢者に看護を行う上で生じる看護師の困難の構造，老年看護学，2006；11(1)：12-20
 - 22) 六角僚子：認知症ケアの考え方と技術，東京：医学書院，2005
 - 23) 菅佐和子，宮島朝子，若村智子，鈴木和代：看護ケアのコミュニケーション術，東京：医学芸術社，2009
 - 24) Tom Kitwood: 認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ—（高橋誠一訳），東京：筒井書房，2005
 - 25) Peter G Northouse, Laurel L Northouse: ヘルス・コミュニケーション これからの医療者の必須技術，福岡：九州大学出版会，1998
 - 26) 武井麻子：感情と看護 人のかかわりを職業とすることの意味，東京：医学書院，2002